

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Médecine et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Soins :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Information : contact@mupras.com
Membre en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La mutuelle garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8042

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAHBOUN B. 19.11.1970

Date de naissance : 19.53

Adresse : VOASSEUR

Tél. : 0663793041

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



17 AOUT 2020
ACCUEIL

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

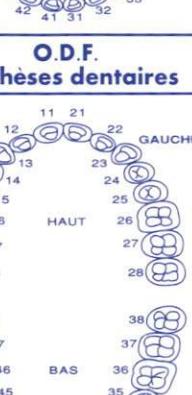
Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montant des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	Montant des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
Visa et cachet du praticien attestant le devis				Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

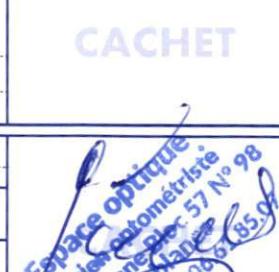
VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° P 17 / 0061598		 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P17 / 0061598

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom H.A.H BOUB Moustapha			
Fonction	Phones		
Mail 0667293041			
MEDECIN	Prénom du patient KRAMOSS NAIMA		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<p style="text-align: center;">Ille de répiton</p> <p>S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances</p>			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
	C	30000	
PHARMACIE	Date 27/07/2020		
Montant de la facture 150,70			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 13/08/2020	
Nombre			Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV
	e		
		4100,14	
 <i>Espace optique Opticien optométriste Artisanat n° 57 N° 98 Elid Cithmane Casablanca 06.60.00 / 06.67.85.049</i>			

فضاء البصرية Espace Optique

Sidi Othman Bloc 57 N°98 CASABLANCA

Tél.: 06 3000 6000 / 06 6185 0749

سidi عثمان بلوكت 57 فون 98 - الدار البيضاء

Facture

Nº0000243

Date :

13/08/2025

Client :

Mme KRAOUAN Naima

V.Loin

ORME A12

SPH

CYL

AXE

OD

+0,75

-0,25

100°

OG

1,00

-0,50

65°

Prix

500,-

500,-

SPH / ADD

CYL

AXE

OD

+3,50

-0,25

100°

OG

+3,75

-0,50

65°

400,-

400,-

2

MONTURE

MÉTAL

4

VERRES

VERRES TORBL

Total

2300,-

1800,-

4100,-

Arrête de la présente facture à la somme de :

Quatre mille cent cinq dirhams

RC : 401396 - PATENTE : 37208888

IF : 14412518 - ICE : 000544034000083

ج.ع.ا.ل.إ.س.ان
Dr. Moustapha LHOUARI
Pharmacie AL IHSANE
Bd. Med. & Més. de la Gare
Tunis 20, N° 13 Bérechid
Tel: 05 22 32 65 79